

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE 265

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

Salomon HAUSKNECHT

Né à NAMOLOASA (Roumanie) le 5/18 Septembre 1905

Traitement des Gastrorragies graves par la résection hémostatique d'urgence accompagnée d'appendico-coecostomie temporaire et de chasse coeco-colique immédiate

Président de Thèse : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

1875

REPORT OF THE

COMMISSIONER

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Salomon HAUSKNECHT

Né à NAMOLOASA (Roumanie) le 5/18 Septembre 1905

Traitement des Gastrorragies graves par la résection hémostatique d'urgence accompagnée d'appendico-coecostomie temporaire et de chasse coeco-colique immédiate

Président de Thèse : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	N...
	N...
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique prophylactique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT...	Physiologie.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HALPHEN. . .	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HAZARD.....	Pharmacologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
X.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
X.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FIANCEE

A MES PARENTS

A MES FUTURS BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

AU PROFESSEUR PAUL CARNOT

Qui a bien voulu accepter la présidence de thèse. Hommage respectueux.

AU DOCTEUR VICTOR PAUCHET
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel;
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Avec ma vive reconnaissance pour m'avoir guidé dans ce travail.

AU DOCTEUR HIRSCHBERG

Pour ses bons conseils.

AU DOCTEUR PAUL SAINTON
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

La majeure partie des gastrorragies est due à des causes qui ne sont ni des ulcus ni des cancers de l'estomac ou du duodénum. En cas d'hémorragie de causes organiques, c'est la résection gastrique ou gastro-duodénale que pratiquera le chirurgien.

Encore au lycée, me destinant déjà à la médecine, j'ai été impressionné par un dicton arabe, recueilli au hasard d'une lecture : « La mort entre par la bouche. »

D'autre part, un ami de la famille, amateur éclairé de la médecine et qui avait lu beaucoup d'ouvrages sur l'art de guérir, ne manquait de répéter, quand la conversation venait à s'engager sur les maladies et les guérisons : « Toutes les maladies, ou presque, proviennent de l'estomac ! » (1)

Ces opinions, ainsi qu'un penchant naturel m'ont déterminé, dès les débuts de mes études médicales, à donner la préférence aux maladies d'estomac.

Le nom de Victor Pauchet m'ayant été révélé par

(1) Je me rends compte maintenant qu'il aurait pu dire : « du tube digestif », estomac, côlon, foie, etc...

une revue de médecine, j'ai commencé à fréquenter son service pendant ma deuxième année de médecine.

Je ne cacherais pas que l'enseignement du Docteur Pauchet m'a fait concevoir une vive admiration pour ce chirurgien, dont j'ai apprécié l'esprit pratique, la précision et la netteté de vues.

Esprit dynamique et évolutif, cet opérateur est dégagé de toute idée préconçue. Il n'admet point l'immobilité et même la fixité des thèses. Tout esprit de conservatisme scientifique lui demeure étranger. Il recherche partout le mouvement, le progrès et se montre toujours prêt aux améliorations techniques de toute sorte.

Le Docteur Pauchet joint à une maîtrise personnelle rare un pouvoir d'adaptation aux changements de la profession, que les nouvelles découvertes et les doctrines originales nées au cours des dernières années tendent à multiplier.

Maître indulgent, ami de ses élèves, ce chirurgien enseigneur cherche toujours à les pousser aux recherches personnelles, à provoquer chez eux l'éclosion des idées originales, qu'il examine avec bienveillance. D'où qu'elles viennent, quelle qu'en soit l'origine, toutes idées qui s'écartent de la banalité, et qui témoignent d'un effort de raisonnement et de logique, trouvent grâce devant lui.

Ce qui m'a attiré également vers l'éminent chirurgien c'est son amour du travail. Franc au vu et au su des élèves, sous le contrôle public, dédaigneux des secrets où tant d'autres se complaisent, ce chirurgien

ne cherche point à cacher les difficultés, ni à avouer les échecs, hélas ! toujours possibles, dans la science, si difficile, de guérir.

Dans ce petit travail, où j'adopte les thèses de mon respecté maître, je vais étudier une question à laquelle s'est particulièrement attaché Victor Pauchet. C'est celle des hémorragies graves de l'estomac. Les nombreux malades que sa technique éprouvée a sauvés sont les meilleurs témoins de l'actualité et de l'importance du problème.



Au cours de mes études médicales, j'ai été frappé par la symptomatologie insuffisante du corps humain, telle qu'elle est généralement pratiquée, et qui est due certainement à une physiologie insuffisamment établie. J'ai constaté que les symptômes existants sont insuffisamment étudiés pour chaque cas individuel.

Expliquons-nous. Nous envisageons l'étude des symptômes, au début, avec un petit nombre de facteurs, susceptibles de les déterminer; au fur et à mesure de leur examen, le nombre des facteurs devrait augmenter; en langage mathématique, cela reviendra à la résolution d'une équation de premier degré à une inconnue, en passant ensuite par des équations d'ordre supérieur qui nécessiterait, pour les résoudre, une augmentation des courbes à des intervalles rapprochés.

Nous constatons que les symptômes directs sont

généralement en petit nombre. Les signes indirects prédominent et, à leur tour, dépendent de trop de facteurs inconnus, leur étude étant trop globale. Donc, nous envisageons une étude segmentaire, décomposée à la manière des courbes algébriques à plusieurs intervalles, avec supposition que chaque courbe serait assimilée à un phénomène médical.

En outre, la connaissance de la morphologie, — microscopique et macroscopique, — des organes, se trouve encore, malheureusement, à l'état embryonnaire. Leur statique et leur dynamique, dans le temps et dans l'espace, ainsi que leurs relations avec les phénomènes normaux du milieu rendent malaisé l'étude de la maladie.

D'autre part, les constatations personnelles des médecins dans les hôpitaux pour les maladies rares sont insuffisamment propagées, faute de publications professionnelles illustrées. Il y a abondance de descriptions théoriques et insuffisance d'iconographie.

★ ★

Nous avons limité notre sujet et nos recherches pour mieux nous conformer aux idées directrices que nous venons d'esquisser. Presque tous les malades ont été surveillés de près. Les signes cliniques ont été vérifiés à l'opération. Les examens radiologiques et autres examens de laboratoire ont été faits. Rien n'a été négligé pour l'établissement d'un diagnostic étiologique exact. La préparation chirurgicale a été minu-

tieuse, je la décrirai au chapitre du traitement chirurgical. La technique employée forme la partie originale de ce travail.

J'ai pu suivre le chirurgien Victor Pauchet depuis cinq ans et assister à tous les stades de l'évolution de sa technique opératoire.

Ses statistiques montrent que dans la gamme des hémorragies 90 %-92 % sont du ressort de la médecine, et que les 8 % qui restent justifient un traitement chirurgical immédiat, radical et bien réglé.

A cela il faudra joindre le traitement médical biologique préparatoire, c'est-à-dire, *la transfusion sanguine, la chasse coeco-colique postopératoire parfois, et une nouvelle transfusion sanguine.*

Ce traitement complet des hémorragies tel que le Docteur Victor Pauchet l'a conçu, forme la partie originale du présent travail.

D'une façon générale, les malades traités chirurgicalement présentent tous des hémorragies profuses (type véritable d'hématémèse grave).

Les malades vomissent à pleine bouche. Ils remplissent plusieurs cuvettes et présentent le tableau classique des grandes hémorragies, rares ou répétées.

Pâleur extrême, un pouls faible, rapide, incompatible, les extrémités froides avec melœna.

L'hématémèse diminuait d'intensité et les vomissements de sang rouge noirâtre mêlé de caillots se succédaient.

Souvent les malades étaient transportés à la clinique ou à l'hôpital Saint-Michel et surveillés de près.

Le traitement médical était appliqué immédiatement. Malade mis au repos absolu, glace sur le ventre, tête basse, lit surélevé, un goutte à goutte rectal et la transfusion de 300 de cc.

L'examen répété de la formule sanguine permettait de se rendre compte du degré de l'anémie qui pouvait descendre à 2 millions, sans être un obstacle pour le chirurgien.

Le parallélisme entre l'abondance de l'hémorragie, l'état général du malade, et la formule sanguine, guidait le chirurgien quant au moment de l'intervention.

Une enquête rapide sur l'historique du malade, s'il arrivait sans médecin traitant, ou les renseignements du médecin traitant indiquaient au chirurgien le choix de sa technique.

Evolution de l'hémorragie

La symptologie permet de mesurer la gravité de l'hémorragie. Sur quoi se baser pour pouvoir prévoir son évolution et décider le traitement à appliquer ?

L'hémorragie se répétera-t-elle ? En principe, cela est impossible à dire.

Qu'elle s'arrête, et le malade est sauvé. En cas où elle persiste, c'est la mort certaine, si un traitement quelconque ne l'arrête pas.

Ici se pose le grand problème : les hémorragies abondantes à répétition tuent les malades. Là-dessus le Docteur Pauchet avec son sens pratique répond : « Seule la laparotomie exploratrice renseigne à coup sûr. S'il y a ulcère, neuf fois sur dix on le voit et on le palpe ; si l'exploration est négative, appendicectomie avec transfusion s'imposent et sont un minimum, le plus souvent très utile. »

Il en est de même pour la gastrite hémorragique.

C'est donc toujours la laparatomie qui pourra renseigner d'une façon définitive.

Le Docteur Pauchet institue le traitement médical,

mais il ne croit guère à son efficacité en ce qui concerne son pouvoir hémostatique.

Il s'y conforme, mais compte surtout sur le pouvoir hémostatique du traitement chirurgical. Sur ce point il est formel : « De deux choses l'une : le vaisseau est large ou étroit ; s'il est minuscule, le sang s'arrête, la guérison s'opère spontanément : s'il est large, l'hémorragie ne s'arrête pas et le malade meurt après deux ou trois hémorragies. Le plus souvent c'est un ulcus duodénal, térébrant dans le pancréas. »

Du traitement médical, il retient la *transfusion sanguine* qu'il pratique toujours à l'arrivée du malade à la clinique.

Si le traitement médical arrête l'hémorragie, il opère quand même son malade après avoir attendu plusieurs jours ou semaines au cas où le diagnostic de l'ulcus est confirmé, car un ulcère qui a saigné une fois peut resaigner à plusieurs reprises.

Le malade peut mourir plusieurs jours après l'hémorragie, même si celle-ci a été arrêtée par l'opération classique de la gastrectomie, non complétée par une cœcostomie, ainsi que nous l'avons constaté par une observation personnelle.

L'hémostase chirurgicale parfois ne suffit pas pour sauver le patient. Ce n'est ni l'anémie aiguë, ni le shock qui tuent le malade. Mais ils meurent le lendemain ou le surlendemain de l'opération, au milieu de signes d'intoxication, après avoir présenté le soir de l'opération et le lendemain une amélioration manifeste successive à une transfusion sanguine. La mort

est, ainsi que l'avait démontré pendant la guerre M. Quenu père, due à la toxémie. C'est le résultat de la résorption du sang qui se trouve dans le côlon. Il ne suffit pas d'arrêter l'hémorragie médicalement ou chirurgicalement. Pour sauver le malade il est nécessaire de le débarrasser de son contenu colique ou intestinal, générateur de la toxémie.

L'évacuation de l'intestin s'impose. Médicalement par lavement et drastiques, cela est impossible. L'effet immédiat étant impraticable, 24 à 36 heures sont en effet nécessaires pour l'évacuation complète de l'intestin.

Chirurgicalement, une coecostomie, et médicalement une chasse d'eau sulfatée ano-cœcale à 1 pour 1.000, jusqu'à ce que l'eau devienne claire, sont les meilleurs moyens d'évacuation. Autrement le malade meurt « d'indigestion de boudin », selon l'expression de Jean-Charles Roux qui avait constaté la mort des malades par toxémie.

Par conséquent, la fin de l'hémorragie n'est point importante à connaître, et on pourrait presque conclure à la coescostomie avec transfusion d'abord et hémostase chirurgicale ensuite. Le shock par anémie aiguë n'est pas un obstacle insurmontable. Une transfusion de 200-300 gr. de sang le neutralise.

Mais la toxémie est là. Donc, il convient d'évacuer le sang par coecostomie et l'arrêter par excision systématique de l'ulcus, s'il y en a un; c'est presque la totalité des cas, accompagnés d'hémorragie profuse.

En résumé, la thérapeutique du Docteur Victor Pauchet dans une hémorragie est claire.

Que celle-ci soit la première ou une hémorragie à répétition, sa façon d'agir est absolument identique dans les deux cas.

Eviter le shock hémorragique par la transfusion sanguine, c'est le temps initial de la préparation du malade, suivie souvent d'un traitement médical.

Au premier signe d'amélioration ou sans amélioration immédiate vient l'opération chirurgicale *radicale* ! Elle doit être pratiquée par « un chirurgien gastrique », selon l'expression de Butler d'Ormont. Exécutée par un chirurgien entraîné et spécialisé, c'est l'opération la plus logique et la plus sûre.

Une technique spéciale, bien réglée, et une grande habitude, permettent une exécution rapide, seule chance de salut pour les malades non résistants et affaiblis par le shock et l'anémie.

Le Docteur Hirschberg, assistant du Docteur Pauchet, a apporté un soin méticuleux à l'administration de l'anesthésie, qui joue un rôle capital dans le traitement des hémorragies gastro-duodénales, et en particulier dans l'anesthésie locale chez les shockés. La technique de l'anesthésie mixte (locale, éthérée et balsoforme) et celle de la rachianesthésie a été précisée récemment dans les publications du Docteur Hirschberg.

La souplesse de la paroi est la première condition d'une bonne technique. L'opération est faite mieux, plus facilement. Le chirurgien n'est pas gêné dans les

manœuvres. S'il est parfois obligé de faire l'incision en L, elle ne sera pratiquée que dans le cas où on est vraiment forcé à le faire.

L'incision longue verticale a les faveurs du chirurgien. Il la fait au-dessous de l'ombilic, et parfois avec le débridement latéral qui modifie l'avenir fonctionnel du sujet. La meilleure préparation d'une paroi se fait lorsque l'incision est médiane.

L'incision doit être grande, jusqu'à l'ombilic, pour que les valves puissent écarter fortement le bord droit et permettre ainsi une exploration minutieuse du côté droit.

Car, comme la cause la plus fréquente de ces hémorragies graves est un *ulcère duodénal, adhérent, térébrant* postérieur, il siège presque toujours dans la profondeur vers la droite.

La rachianesthésie permet d'obtenir une souplesse remarquable de la paroi abdominale. Mais elle est contrindiquée chez les malades hémorragiques et shockés, car elle tend à les affaiblir davantage.

L'expérience du Docteur Pauchet montre que dans ces cas l'anesthésie la plus bénigne et la plus pratique est la suivante : anesthésie locale à la percaïne à 1/1.000^e sur le trajet de l'incision, environ 30-40 cm. cc., une injection sous-cutanée d'*éserine* avec du balsoforme ou schleich, sous masque jusqu'au sommeil profond, avec relâchement complet des muscles ; balsoforme par intermittence ensuite, suivant la technique du Docteur Hirschberg, et quelques inspirations

d'*acide carbonique* complète heureusement l'anesthésie locale.

Cette combinaison des différents procédés est d'après l'avis du praticien expérimenté certainement la technique qui donne le moins de morbidité et le minimum de shock, tout en permettant de faire l'opération dans les meilleures conditions et sans aggraver le shock narcotique éventuel par le shock anesthésique.

La technique proprement dite du traitement chirurgical

1° L'incision est faite médiane, allant de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic ou le dépassant en bas de deux travers de doigts.

Ainsi les valves écartent-elles largement les deux bords, surtout le bord droit de l'incision, en permettant une exploration minutieuse dans la profondeur.

Cette technique est indiquée surtout lorsqu'il s'agit d'un ulcère duodénal térébrant, postérieur adhérent pancréas.

Les signes cliniques parfois évidents autorisent l'hypothèse de telle ou telle lésion organique, que l'opération fait confirmer ou infirmer.

Parfois des malades ont déjà subi antérieurement une gastro-entérostomie pour un ulcus qui fut reconnu.

Ce sont des malades considérés comme guéris. Une hémorragie survient. Parfois les malades ont des radios et sont soignés pour un ulcus avec le diagnostic précis d'ulcus gastrique ou duodénal.

En raison de ces faits le chirurgien, s'il est appelé d'urgence, peut appliquer une technique précise.

Il ira directement au duodénum ou à l'antra pylorique pour y faire une résection, après avoir dépouillé à la compresse l'antra pylorique.

En cas d'ulcère gastrique et duodéal coïncidant, l'opération la plus indiquée est celle que pratique le Docteur Victor Pauchet depuis 1910, à savoir l'amputation duodénale, puis l'excision du cône pyloro-duodéal conservé après la gastro-entérostomie, et enfin l'excision de la petite courbure au delà de l'ulcus gastrique, si c'est un ulcus gastrique qui existe séparément ou concomitamment.

L'expérience du chirurgien spécialement entraîné montre que c'est la meilleure façon de traiter le cas d'ulcus gastrique hémorragique, ou accompagné d'ulcus duodéal (1 sur 10).

Il estime que c'est la plus efficace, la plus curative et en même temps *la plus facile* de toutes les méthodes pour celui qui en a l'habitude.

Lésion anatomique pathologique

L'expérience du gastro-chirurien l'autorise d'affirmer d'une façon certaine que la plupart des gastroragies gastriques graves sont dues aux ulcères. Dans la plupart des cas il s'agit d'un ulcère duodénal. La proportion des ulcères duodénaux et gastriques est de 9 sur 10.

Quant à la localisation des ulcères, il fait remarquer que bien des chirurgiens ne repèrent pas exactement le niveau de l'ulcère gastrique.

Des chirurgiens expérimentés qui avaient procédé à des opérations d'ulcus gastriques, notaient dans leurs comptes rendus : « ulcus de la petite courbure haut situé ». Cependant, au cours de réopérations pratiquées par le Docteur Victor Pauchet, il trouvait presque toujours des ulcères juxta-pyloriques; l'ulcus de la petite courbure amène parfois la rétraction, le télescopage de ce bord gastrique enflammé.

Une seule manœuvre permet de déterminer d'une façon certaine la situation de l'ulcère.

C'est la *traction exercée* sur l'estomac *vers soi*, après section préalable du duodénum.

La situation de l'ulcère péptique chez les anciens gastro-jéjunostomisés est facile à identifier.

Le duodénum sain est mobile, facilement déplaçable sous les doigts de l'opérateur. En cas d'ulcus gastrique de la petite courbure, celui-ci siège au tiers moyen ou inférieur et peut être facilement perçu par la vue et par le palper.

Si la bouche d'un gastro-entérostomisé est le siège d'un ulcère peptique, elle présente une induration ulcéreuse qui remplace la souplesse normale. La reconnaissance du siège de l'ulcère duodénal est plus difficile. Par une traction exercée sur l'estomac amené vers le chirurgien et le soulèvement de la lèvre droite de la plaie abdominale avec une valve, on aperçoit facilement l'ulcère.

Si le pylore ne vient pas facilement de la droite, il s'agit certainement d'un *ulcère duodénal* avec péri-duodénite, et dans un cas analogue le Docteur Victor Pauchet pratique une résection duodéno-pyloro-antrale.

En cas d'absence de lésion gastrique, la souplesse de l'estomac perçue par le doigt explorateur est évidente; alors il faut chercher du côté du foie ou de la rate qui présentent des modifications macroscopiques. Ce sont là les lésions les plus fréquentes que le maître de l'hôpital Saint-Michel a rencontrées dans sa longue expérience; elles sont à l'origine des hémorragies graves, nécessitant un traitement chirurgical d'urgence.

Il n'a jamais rencontré les petites érosions aux-

quelles Dieulafoy a fait allusion et que Savariaud a mentionnées dans sa thèse.

Ces lésions organiques sont évidentes et le processus ulcéreux, phagédénique qui atteint les artères est la cause des hémorragies chirurgicales. L'arrêt est plus que problématique, en cas de mobilité gastrique, et la béance artérielle est de ce fait favorisée. C'est une raison de plus de se méfier du traitement médical ou le traitement sanglant indirect qui ne vaut pas le traitement chirurgical, curateur et hémostatique.

Les artères atteintes sont généralement les artères duodéno-pancréatiques (duodénum) ou la coronaire stomachique (ulcus gastrique de la petite courbure).

La mobilité gastrique favorise souvent la perforation, qui aggrave l'état général et le pronostic de l'opération. Ces perforations sont fréquentes quand il y a coïncidence d'une perforation et d'une hémorragie grave. Ce sont les cas les plus désespérés. Le Docteur V. Pauchet les opère quand même. Le risque est grand.

« Il y a sept ans le Docteur V. Pauchet a vu, dans
« un cas pareil, mourir presque sur la table d'opéra-
« tion, un malade âgé de 19 ans et présentant des
« troubles gastriques anciens, de même que des phé-
« nomènes péritonéaux et hémorragiques. »

Comme aux hémorragies venait s'ajouter depuis quelques semaines une contracture musculaire abdominale, le médecin traitant ordonna de la glace sur le ventre avec traitement médical.

Le Docteur Planque conseilla le traitement chirur-

gical avant la perforation. Il le conseilla parce que, en quelques heures, une hémorragie profuse se produisit en même temps que le drame douloureux de la perforation aiguë et ventre en bois. Il envoya le sujet d'urgence à la clinique de la rue de Turin; le malade présentait une perforation aiguë depuis 10 heures, tandis qu'une hémorragie le saignait à blanc, et c'est dans ces conditions que le Docteur V. Pauchet l'opéra. Il fit une anesthésie locale, une incision en L, qui permit d'explorer le ventre tétanisé. Il trouva une perforation duodénale, par laquelle se déversaient les matières alimentaires liquides qui occupaient tout le pelvis. Il pratiqua une résection duodéno-pylorique, après aspiration du liquide épanché et fit une application d'un Mikulicz pelvien. Après la réparation et la résection du duodénopylosique, le malade mourut pendant le transfert de la salle d'opération à son lit.

Le Docteur Victor Pauchet conclut qu'avec une opération pratiquée à temps et qui était sûrement possible, le malade aurait pu être sauvé.

Ces sujets, porteurs d'une perforation, luttent encore contre ces lésions, mais une hémorragie les achève et leur donne le coup de grâce. Le Docteur Pauchet affirme que c'est le seul malade qu'il ait perdu d'hémorragie gastro-duodénale opéré d'urgence.

Ulcère gastrique pénétrant

dans les organes voisins

En cas d'ulcère calleux pénétrant soit dans le foie, soit surtout dans le pancréas, généralement, l'estomac est fixé sur sa face postérieure soit par le dépouillement rapide de la grande courbure à la compresse, soit par un décollement colo-épiploïque. Dans ce cas habituel, c'est un vaisseau pancréatique qui saigne dans le fond de l'ulcère.

Les ulcères calleux et pénétrants de l'estomac occupent une partie de la petite courbure. Les ulcères juxta-cardiaques compressent la partie haute du petit épiploon et englobent l'artère coronaire stomachique. Le processus ulcéreux gagne en arrière le plexus cardiaque, et par la compression de ceux-ci, provoque les douleurs *transfixiantes* en broche.

Parfois l'adhérence au foie est profonde; la libération à la compresse ou au bistouri électrique rend l'opération cependant possible.

En cas d'un ulcère pyloro-duodénal pénétrant dans

le pancréas, l'hémorragie est due à l'ouverture splénique (estomac) ou gastro-duodénale (duodénum) (Sénèque).

Dans tous ces cas, quand il s'agit d'une hémorragie grave, l'exérèse segmentaire gastro-duodénale offre la plus grande chance de salut pour le malade.

Gastrite hémorragique

L'ulcus térébrant est de suite visible 9 fois sur 10. Parfois, il s'agit d'une hémorragie en nappe, et elle est due à la « gastrite hémorragique ». Le Docteur Victor Pauchet pense alors que l'inflammation chronique de la rate, du foie, des voies biliaires, est le point de départ d'un suintement sanguin. L'estomac conserve ses dimensions normales et dans le grêle se montre par transparence le sang de l'hémorragie s'éliminant plus tard (ou non) sous forme de mœléna. Dans ce cas, l'examen externe doit être fait avec douceur et compétence spéciale, sans traction, sans prendre une induction du sphincter pylorique pour une lésion organique. A ce sujet, voici l'opinion du Docteur Pauchet : « Une hémorragie gastrique peut être due à un suintement en nappe, à une sorte de gastrite hémorragique, mais les modifications de la muqueuse gastrique saignante ont pour point de départ des lésions spléniques et hépatiques, dues à leur tour à la cholécystite et surtout à l'appendicite. » Dans les cas semblables, relevés dans ses anciennes observations, l'examen endosco-

pique avec un tube rectoscopique ne lui ont jamais révélé d'ulcère.

Le diagnostic dans ce cas, après laparotomie, est facile à faire : un véritable ulcère sur le duodénum ou l'estomac est 9 fois sur 10 perceptible à l'œil et au palper. Quand cette exploration est négative, il faut intervenir modestement, enlever l'appendice et faire une transfusion sanguine, une cœcostomie, moyen le plus sûr de guérir le malade.

Les gastrites hémorragiques guérissent toutefois trois fois sur quatre d'une façon définitive, quand il n'y a pas d'ulcus, rien que par l'ablation de l'appendice et transfusion immédiate, mais ces cas ne méritaient pas d'être opérés; quelques-uns de ces cas guérissent, mais auraient mieux guéri sans intervention sanglante.

Quant aux autres accidents hémorragiques sans lésions organiques, le Docteur Victor Pauchet ne les a jamais considérés comme justiciables d'une opération. Vu sa grande expérience de la chirurgie gastrique, elles doivent être considérées comme rarissimes sinon existantes. En dehors de l'ulcère saignant, quelques-unes ont pu guérir malgré le chirurgien, mais non grâce à lui, sauf dans les cas rares où une splénique ayant causé des hémorragies, la splénectomie les a arrêtées.

Lésions anatomo-pathologiques rares

Carrié rapporte les observations de malades morts d'hémorragie gastrique sans cause apparente, malgré les différents examens. L'autopsie mit en évidence une cirrhose hépatique avec foie petit, scléreux, dur, histologiquement sclérose annulaire de Laënnec.

Le malade est mort six ans après la première hémorragie. L'opération de l'estomac est inutile.

Cancer avec hématémise. — Un cancer reconnu aux rayons X et qui saigne ne peut être traité que par la gastrectomie; une gastro-entérostomie palliative ne sert à rien.

Ulcère sans autre expression clinique, ne s'exprimant que par des hémorragies, fluctuations de l'évidence de l'ulcère à la radiologie suivant les hémorragies.

Parfois les signes ne ressemblent pas à la symptomatologie de l'ulcère, qui est très vague, très imprécise, sans signes radiologiques, impossibles à classer dans aucun autre chapitre nosologique.

Carrié pense qu'elles sont les conséquences d'une

gastrite d'évolution imprécise dans le temps et dans l'espace. Ces affections imprécises, secondaires aux affections de la vésicule, appendicite ou périviscérite, font beaucoup réfléchir avant de pouvoir porter un diagnostic précis. Souvent, en effet, des malades étiquetés comme tels, ont dû être opérés ultérieurement d'un ulcère banal hémorragique.

En outre, le clinicien a vu des malades porteurs de grosses rates avec hémorragies digestives. La splénomégalie peut disparaître sous l'influence de l'hémorragie. Celle-ci peut précéder de plusieurs années la splénomégalie.

D'autre part, Abrami pense que dans beaucoup d'hémorragies sans symptomatologie splénique, la rate devrait être surveillée.

Le rétrécissement mitral, l'asystolie et hypertension peuvent être des causes d'hémorragie gastrique. Sans parler des hémorragies digestives d'origine *infectieuse, toxique et altérations sanguines*. Dans ce cas toute opération gastrique est inutile (D^r V. Pauchet).

Le groupe d'attente renferme les hémorragies de causes inconnues, *mais encore assez important*.

Nous voyons donc que l'hésitation du chirurgien devant un ventre ouvert, ne contenant pas d'organes malades en apparence, est légitime. Il se contentera, comme le conseille le Docteur Pauchet, de l'ablation de l'appendice avec une transfusion et non cœcostomie, qui ont donné des résultats très favorables.

Mais quand il s'agit d'un ulcère, le Docteur Pauchet est nettement interventionniste, sa vaste expé-

rience dans la chirurgie gastrique lui montrant l'inutilité des opérations palliatives.

Cette question de chirurgie d'urgence a toujours préoccupé cet opérateur, et depuis trente ans le Docteur Pauchet a été successivement interventionniste de 1902 à 1918, puis abstentionniste pendant quelques années, et enfin de nouveau interventionniste depuis une douzaine d'années. Et nous voyons chez lui l'évolution d'une technique quasi-expérimentale.

Depuis 1918, époque où il a commencé à pratiquer des transfusions, de même que les fistulisations intestinales ou du jejunum ou du cœcum ou de l'appendice, il est redevenu interventionniste, en pratiquant l'*exérèse hémostatique qui consiste dans la résection du segment pyloro-duodéno-gastrique et drainage du gros intestin*.

Au début le Docteur Pauchet faisait l'une des opérations palliatives suivantes :

1°) ligature artérielle, 2°) gastro-entérostomie avec exclusion du pylore ou non, 3°) cautérisation de l'ulcère.

A plusieurs reprises il eut la preuve immédiate ou tardive de leur inutilité, il se convainquit que le seul traitement curatif était la *résection segmentaire* suivie du drainage intestinal. Cette technique semble inapplicable à beaucoup de chirurgiens. Le Docteur Victor Pauchet affirme que pour un chirurgien entraîné, la résection économique du segment ulcéré est aussi facile qu'une gastro-entérostomie ou n'importe quelle opération palliative, mais plus rapide et plus logique.

Comme il s'agit en général d'une hémorragie due à un vaisseau ouvert par un processus *ulcéreux*, le seul traitement hémostatique, c'est son oblitération par une résection segmentaire économique.

Je répète que le Docteur Victor Pauchet a constaté que la mort de ses malades était due non pas au shock, mais à la résorption du sang de l'hémorragie, existant dans le côlon ou dans la fin de l'iléon.

Essayer d'évacuer ce sang par des purgatifs et des drastiques est impossible, le lavement est inutile, les produits péristaltiques sont inefficaces.

L'expérience de mon maître prouve que le seul moyen d'éviter le décès du malade est la pratique d'une fistule appendiculaire ou cœcale, suivie d'une chasse d'eau sulfatée (soude ou magnésie), par l'anus ou par la fistule ou par les deux à la fois.

Cette chasse doit durer au moins douze heures *sans interruption* jusqu'à ce que l'eau sorte claire. Pour nous ce traitement est le plus précis et le plus souvent efficace. Il suffit d'avoir assisté à l'une de ces véritables résurrections pour devenir partisan de la méthode.

Mathieu avait déjà fait remarquer que les malades « mouraient d'indigestion de boudin ». Ainsi l'hémostase, par n'importe quel moyen indirect, sans traitement brutal, est inopérante.

Sans la transfusion préalable et sans l'évacuation cœco-colique chirurgicale elle est le plus souvent inefficace.

« La cœcostomie ou l'appendicostomie suivie de

chasse recto-colique est actuellement le complément de toute hémostase gastrique chirurgicale. » (Pauchet.)

C'est par cet anus temporaire qu'on facilitera l'évacuation de l'hématome intestinal, générateur de toxines provenant des albumines sanguines. Comme c'est une fistule appendiculo-cœcale, une opération sera peu traumatisante.

Après avoir retiré la sonde, la fistule doit se fermer toute seule en quelques jours. En tout cas elle ne doit pas prolonger la convalescence *que de quelques jours si elle est faite correctement.*

Lorsque l'appendice est situé derrière le cœcum, ou s'il est oblitéré ou enlevé antérieurement, l'opération doit être faite avec la plus grande attention. Elle doit être non traumatisante grâce à la sobriété des manœuvres. Voilà la technique que nous avons vu pratiquer par le Docteur Victor Pauchet :

En cas d'appendicostomie il fixe le fond du cœcum à la paroi séreuse et place une sonde de Pezzer dans le gros intestin par le trou de l'appendice coupé.

Si, après le retrait de la sonde, la fermeture n'est pas spontanée, il faut pratiquer une anesthésie locale, ensuite la fermeture est très facile (9 fois sur 10 inutile).

Si l'appendice existe on le coupe à un centimètre du cœcum. On le fixe au péritoine par trois ou quatre points de suture au catgut fin. Ce qui reste du segment appendiculaire sera dilaté pour permettre l'introduction d'une sonde de Pezzer 22 ou 23. Le drai-

nage est large. Le grand avantage de cette technique, c'est la fermeture spontanée de la fistule.

« Elle ne doit pas compter plus que l'enlèvement des points de suture. » (Victor Pauchet).

On évite ainsi le plus souvent la mort des malades intoxiqués par le sang colique.

L'opération était déjà suivie d'une rémission immédiate grâce à la transfusion sanguine, qui permettait une meilleure défense contre l'anémie aiguë; mais les patients succombaient au milieu d'un tableau toxémique et présentaient deux à trois jours plus tard un ballonnement du ventre avec hoquets et de l'oligurie.

Les avantages de la cœco-appendicostomie sont capitales. Elle assure l'évacuation du contenu intestinal générateur des toxines par les albumines sanguines. Elle permet de surveiller la lésion du malade si le malade, non encore gastrostomisé ressaigne, le sang apparaît à la bouche cœcale *au bout de 6 heures sous forme* de melœna. Sans la cœcostomie on devrait attendre 24 ou 36 heures pour apercevoir le sang à l'anus. Si l'on fait une transfusion sans cœcostomie en attendant la suite des phénomènes, le chirurgien doit attendre 20 à 48 heures pour apercevoir le sang dans les matières intestinales. Ces malades sont des statiques intestinaux, ce qui retarde davantage l'évacuation. Mais si le chirurgien pratique en même temps que la transfusion l'appendico-cœcostomie, il peut se rendre compte au bout de six à sept heures, des fois même plus tôt si le malade saigne encore ou non. Ainsi prévenu, il peut opérer à temps.

Voici une observation des Docteurs Pauchet et Le Gac.

Un religieux, jeune, qui était un stasique intestinal depuis longue date, fit jadis une collibacilurie avec pyélo-néphrite.

Peu après, le patient présentait les signes d'ulcus duodénal. Un chirurgien étranger lui fit une gastro-entérostomie. Quelques années après une hémorragie se déclara. On pratiqua une appendicostomie avec transfusion sanguine. L'hémorragie cessa, mais réapparut, cette fois-ci tellement grave qu'on crut perdre le malade. Le Docteur Pauchet pratiqua la **résection gastro-duodénale**.

Depuis quatre ans l'opéré se porte à merveille, il fut sauvé grâce au traitement hémostatique chirurgical et à la rééducation de son intestin.

J'arrive au second temps du traitement chirurgical, pyloro-duodéno-gastrectomie économique, c'est-à-dire à la gastrectomie.

Il est très intéressant de suivre l'évolution du traitement des hémorragies gastriques par le Docteur Pauchet et noter ses efforts pour la technique actuelle si précise dans ses résultats en cas d'application correcte.

Au début, pendant trois ou quatre années, le Docteur Pauchet, découragé par le nombre impressionnant des décès après les opérations (environ 50 % des

opérés). a pratiqué l'abstention. Il opérât le gastrotomisé plus tard, mais « à sec ».

De cette façon il abandonnait le malade à la merci de la nature. Il connaissait ce risque. Il applique encore cette même méthode aux obèses et aux tarés et pratique systématiquement une transfusion et une appendico-cœcostomie ou plusieurs transfusions.

Ainsi attend-il l'hémostase spontanée.

Au cours de ces dernières nouvelles années toutes les hémorragies graves étaient dues à une ulcération gastrique ou duodénale, avec prépondérance de la lésion duodénale, ulcus térébrant dans le pancréas. Parfois l'hémorragie a pu être due à un ulcère jejunal, lorsqu'il s'agissait d'un ancien gastro-entérostomisé.

Voilà un cas, presque expérimental, de l'efficacité de ce traitement et de ses différentes phases.

En 1921 le Docteur Pauchet opère pour la dernière fois et sans cœcostomie un malade. Il pratique la simple cautérisation de l'ulcus duodénal avec gastro-entérostomie. Nouvelle hémorragie. Nouvelle opération. Il fait une ligature des vaisseaux gastriques et duodénaux afférents à l'ulcus. Le malade continue de saigner. Opéré pour la troisième fois, le malade subit une duodéno-gastrectomie. L'hémorragie fut arrêtée instantanément.

Dix jours plus tard le malade fit une éviscération et mourut d'épuisement pendant les suites opératoires.

En mettant en parallèle l'échec des opérations pal-

liatives comme les cautérisations, des anastomoses, des ligatures et les résultats surprenants de la résection systématique du duodénum et de l'estomac, le Docteur Pauchet résolut d'intervenir systématiquement en cas d'une hémorragie gastrique grave. Mais chaque intervention fut suivie d'une cœco-appendicostomie et chasse cœco-colique.

Technique de la gastro-duodénectomie

J'aborde la description du traitement. L'anesthésie du malade qui saigne doit être pratiquée selon les règles énoncées au chapitre de l'anesthésie.

L'anesthésie locale sera toujours l'anesthésie de base. Complétée par une injection d'éserine, un peu d'acide carbonique et quelques gouttes de balsoforme; de la sorte on obtiendra une narcose intermittente.

L'INCISION

Une large incision depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au-dessous de l'ombilic permettra une exploration minutieuse du duodénum.

Si ce dernier est placé à droite dans la profondeur de cette incision, celle-ci donne un large accès vers le duodénum.

DÉPOUILLEMENT DE LA GRANDE COURBURE

C'est par là que le Docteur Pauchet commence, dès qu'il eut ouvert le ventre. Il pince la face intérieure de la petite tubérosité gastrique au niveau de

l'antra pylorique, pas loin de la petite courbure. A cet effet il se sert d'une pince à cadre. Avec une compresse imbibée d'eau salée, qu'il tient de sa main droite, il dépouille la grande courbure sur une longueur voulue (Témoin).

Toutes les manœuvres qui vont suivre tendront à mettre en évidence l'ulcère. Un écartement exagéré de la lèvre droite de l'incision abdominale, avec une traction simultanée sur le duodénum, y contribuera heureusement. Ces manœuvres mettent facilement à découvert le centre de l'ulcère cicatriciel.

A l'aide d'un bistouri électrique l'opérateur tranche la cicatrice en travers. Il découvre le pancréas au niveau de l'ulcération. Un jet de sang succède à la section de l'ulcère et indique le point qui saigne. J'ai dit que l'ulcère est généralement térébrant dans le pancréas. L'hémostase se fait par la ligature en masse du vaisseau à l'aide d'une aiguille. Le praticien essuie le bord supérieur du duodénum et le bord de l'ulcus, découvre la pylorique ou la gastro-duodénale qui saignent. Nouvelle hémostase par ligature du tronc artériel. La mobilisation du duodénum et du pylore est encore une phase importante de cette technique. Dans ce but, le duodénum et le pylore sont libérés en suivant au ras des bords de l'ulcère. Cette libération se fait rapidement, si le chirurgien en a l'habitude.

Il essayera de sectionner les vaisseaux pendant cette libération et de ce fait l'hémostase est très facile à faire. On pratique ensuite la résection de la première partie du duodénum et de l'antra pylorique.

La fermeture du duodénum est facilitée du fait que ses parois épaisses, dures et œdématisées offrent beaucoup d'étoffe à l'aiguille. La fermeture du duodénum sera aussi complète que possible. Il faut éviter la fistule duodénale, car celle-ci est très dangereuse pour un opéré de l'estomac. On l'évitera d'une façon certaine en faisant une plastique avec un lambeau épiploïque.

Lorsque le duodénum est complètement amputé par l'ulcère, un lambeau du grand épiploon est introduit comme bouchon dans la bouche duodénale, et fermée selon les circonstances. Mais cette fermeture doit être toujours suivie *d'une jéjuno-jéjunostomie au bistouri électrique sans ouverture.*

Une fois la fermeture duodénale pratiquée, toutes les précautions prises pour éviter la fistule, l'opérateur procédera à l'anastomose à la Polya.

Une autre condition est nécessaire pour le bon fonctionnement et la bonne exécution de la gastro-jéjunostomie. Il faut choisir une anse intestinale longue, afin de pouvoir faire après une Polya, une anastomose jéjunojéjunale dans les meilleures conditions, et en un seul plan.

Le bistouri électrique en facilite le travail de la jéjunojéjunostomie sans ouvrir l'intestin. Le bouton de Murphy est à proscrire.

Il convient d'observer avec précision les temps opératoires qui se succèdent. Pour faciliter l'exécution de l'exérèse hémostatique, l'opérateur va mobiliser le duodénum et le pylore par le dépouillement de la

grande courbure antrale à la compresse imbibée d'eau salée au ras de l'ulcère et de la grande courbure.

La fermeture parfaite du duodénum est indispensable. Ainsi préparée, l'excision du territoire gastrique malade est rendue très facile. Elle dépassera le territoire ulcéreux et s'arrêtera au niveau des tissus sains, permettant des sutures solides sans risque de déchirure.

Toute cause d'hémorragie est ainsi supprimée.

Plus de vaisseaux ulcéreux, plus de territoire inflammé chroniquement, générateur d'adhérence et d'autres complications locales.

Technique de la gastro-duodénectomie

pour ulcère gastrique

de la petite courbure

En cas d'ulcère gastrique l'opération est à peu près identique à celle de l'ulcère duodénal. Cette fois-ci la fermeture du duodénum est plus difficile, car les parois normales offrent moins d'étoffe à l'aiguille.

En cas d'anémie du malade, l'excision dépassera de 3-4 cm. le bord de l'ulcère, sans que la ligature de la coronaire stomachique soit nécessaire. Si l'ulcère est situé au milieu de la petite courbure, il faut faire la résection de la première portion du duodénum, concurrently à la section oblique de l'antrum pylorique, au niveau de la grande courbure, il convient de pousser l'exérèse un peu plus vers la gauche.

Valeur des opérations palliatives

Pour mettre en évidence la valeur des opérations palliatives, nous décrirons la phase initiale du traitement que le Docteur Pauchet appliquait d'ordinaire aux hémorragies graves. Au début, cet opérateur pratiquait l'une des opérations suivantes :

1° *Gastrotomie*, 2° *ligature artérielle péri-gastro-duodénale*, 3° *gastro-entéro-stomie* avec exclusion ou non du pylore, 4° *brûlage, cautérisation, excision de l'ulcère*, etc...

Pour lui, leur efficacité est douteuse et il en a eu la preuve immédiate et tardive :

« Les ligatures faites autour de l'estomac saignant ne servent à rien. » (Pauchet).

Quant à l'anatomie du duodénum ulcéreux, elle subit des modifications profondes au cours du processus inflammatoire. La technique de l'hémostase artérielle devient très difficile. Rien de plus aisé que de dépouiller la petite et la grande courbures à l'aide d'une compresse imbibée d'eau salée, et de procéder ensuite à l'exérèse hémostatique. Voici une observa-

tion du Docteur Pauchet. Un de ses collègues lui envoya en 1921 un malade atteint d'hémorragie duodénale. Le malade était très faible. Son médecin pria le Docteur Pauchet de lui faire une opération la moins mutilatrice. Il lui fit une excision de l'ulcère avec brûlage de l'ulcus et une gastro-entérostomie. Le malade saigna de nouveau deux jours plus tard. L'opérateur pratiqua une ligature des vaisseaux. Nouvelle hémorragie. Nouvelle opération huit jours plus tard. Cette fois-ci c'était une résection segmentaire d'urgence. En raison de la mauvaise qualité de ses tissus, le malade fit une éviscération qui a été réparée par le Docteur Pauchet. Le patient décédait dix jours plus tard. Cette mort eût été vraisemblablement évitée par une résection segmentaire avec cœcostomie et transfusion.

En 1916 une infirmière fut opérée par un confrère distingué du Docteur Pauchet pour un ulcus gastrique hémorragique. Il pratiqua une *excision en selle* de la petite courbure et en triangle. Quinze jours plus tard la malade fit une nouvelle hémorragie. Réopérée par le Docteur Pauchet, qui pratiqua une gastrectomie ordinaire, l'infirmière guérit rapidement.

Ces deux observations illustrent la valeur des opérations palliatives. Toutes ont été essayées pour lui, mais sans succès. Les deux cas dont nous venons de parler ont une valeur expérimentale.

L'exclusion du pylore

En 1914 le Docteur Pauchet opéra un médecin parisien qui est venu à Amiens se confier au chirurgien picard. Il était porteur d'un ulcus duodénal diagnostiqué cliniquement. Le chirurgien pratiqua une gastro-entérostomie avec exclusion du pylore. Le patient fit une hémorragie deux ans plus tard, et subit une ablation du segment pyloro-duodénal. Depuis le médecin en question n'a jamais refait l'hémorragie et se porte à merveille.

A ce sujet nous allons noter quelques détails propres à l'exclusion du pylore. C'est une opération qui doit être pratiquée très loin vers la gauche. Car pour enfouir et suturer le bout pylorique, l'action des sutures doit porter sur un segment friable; s'il est peu éloigné du pylore, il est alors cartonné et souvent épaissi, de sorte que la fermeture se fait trop loin, près du pylore; tandis qu'en faisant la section verticale de l'estomac, très loin vers la gauche, à l'union de la grosse et de la petite tubérosités, on suture du côté

droit une moitié d'estomac souple, facilement suturable.

Voici la manière de procéder : dépouiller à la compresse la grande courbure sur 2 ou 3 cm., et la petite courbure sur 1 à 2 cm. Entre les deux, placer deux écraseurs ou des clamps élastiques ordinaires. Sectionner avec le bistouri ordinaire ou électrique, suturer par un surjet d'abord muqueux et ensuite séro-musculaire, bien serré et hémostatique. C'est le seul cas, en chirurgie gastro-duodénale, où le Docteur Pauchet pratique la suture de la muqueuse dans un but hémostatique, car les tissus ne sont pas aussi ischémiés que dans une gastrectomie. Il suture donc séparément la muqueuse et la séro-musculaire en deux plans.

Une autre opération palliative et indirecte, c'est la jéjunostomie.

Elle est indiquée lorsque l'opérateur, hésitant devant les difficultés — parfois grandes — de la fermeture du duodénum, préfère pratiquer postérieurement la gastrectomie, en courant les risques possibles de la continuation hémorragique. Dans ce cas, pour mettre l'estomac au repos, il fait la jéjunostomie en Y ou en Ω si possible et par là, nourrit le sujet (extrabuccale) par du goutte à goutte.

La jéjunostomie est également recommandée pour assurer la chasse par les voies naturelles (anus normal); mais cette chasse — toujours — très longue ne vaut pas l'appendicostomie. Il arrive quelquefois, pendant le goutte salé jéjunal, que les liquides remontent

du côté de l'estomac et sont expulsés par les vomissements sanglants.

L'avantage de la jéjunostomie est aussi de pouvoir explorer et reconnaître s'il s'agit d'une lésion gastrique ou d'une lésion hépatique non chirurgicale.

A côté de ces opérations palliatives et pour la plupart inefficaces, notons le traitement curateur du Docteur Pauchet, confirmé par des guérisons durables (datant parfois de 15 à 20 ans). Ce traitement, qui consiste dans une exérèse hémostatique et une cœcostomie avec chasse cœco-colique, doit avoir comme complément le traitement biologique régénérateur et réconfortant qu'est la transfusion du sang.

Les ulcus hémorragiques abondants sont beaucoup plus nombreux qu'on ne croit. Beaucoup de malades considérés comme victimes d'une angine de poitrine ou des phénomènes cardiaques *sont, en réalité, atteints d'hémorragies gastriques ou duodénales.*

Donc, la transfusion du sang à laquelle le Docteur Pauchet recourt dans chaque opération est d'un effet salulaire et ne saurait qu'être strictement recommandée. Judine, de Moscou, conseille la transfusion du sang de cadavre frais. Victor Pauchet ne l'a jamais expérimenté, mais trouve ce procédé économique. Toutefois, d'après lui, puisqu'en principe, le *sang citraté ne vaut pas le sang pur*, il pourra néanmoins rendre de très grands services, dans les transfusions abondantes (dépassant un litre) et bon marché, en raison de ressources insuffisantes des malades.

La transfusion du sang est une opération à la por-

tée de tout médecin; à la première gorgée du sang rejeté par la bouche, le premier traitement réflexe après le repos absolu, et au moindre indice de défaillance, ne saurait être que la transfusion du sang. Elle doit être appliquée à tout malade avant son transfert à la clinique. C'est l'opinion qui a prévalu, à juste titre, à présent.

Intervention chirurgicale d'urgence en cas de cancer d'estomac hémorragique

De deux choses l'une : a) c'est un *cas fort facile* : tumeur perceptible au palper sur un pylore mobile; alors l'intervention fera d'une pierre deux coups : d'une part elle supprimera la lésion, d'autre part elle supprimera l'hémorragie. En cas de ptose, le résultat est admirable. La technique est très facile. L'anesthésie locale suffit.

Au cours de sa pratique, le Docteur Victor Pauchet a présenté des cas magnifiques dans ce sens. b) S'il s'agit d'un *cas difficile* qui ne rend pas possible la *résection*, ce n'est pas la peine de vouloir rendre service au malade avec une gastro-entérostomie, elle ne sert à rien. Le sujet continue à saigner comme si on n'avait rien fait. Jamais la gastro-entérostomie pour cancer n'a produit le moindre arrêt de l'hémorragie.

J'en dirai autant de la *jéjunostomie*, opération qui a toujours paru inutile au Docteur Victor Pauchet. dans les cas d'hémorragie, quelle que soit sa cause.

Il se souvient d'un seul cas où la jéjunostomie a rendu service; son but était de réaliser la chasse du contenu intestinal. Il pratiqua une jéjunostomie en Y et fit du goutte à goutte avec du sulfate de magnésie. La malade, rapidement, a éliminé la totalité de son contenu intestinal, sanglant, septique, toxique; autrement dit, il a réalisé indirectement le balayage de l'intestin, qu'il poursuit actuellement par l'appendicostomie et la cœcostomie. Les cas qu'il a opérés dans les conditions semblables n'ont jamais donné aucun résultat. La jéjunostomie est donc considérée par lui comme une opération tout à fait inefficace dans les cas de gastrorragies.

Au cas où la jéjunostomie a agi, mais n'a point révélé aucune lésion par examen clinique et radiologique, le Docteur V. Pauchet pense qu'il s'agissait là d'une insuffisance hépatique; il donna au sujet des extraits de foie. L'hémorragie ne s'est jamais reproduite (depuis 8 ans). Il s'est contenté d'enlever l'appendice à froid. *En cas d'opération urgente pour gastrorragie, quelle anesthésie faut-il employer ?* Une anesthésie mixte, comprenant l'infiltration de la paroi, complétée par inhalation par de l'acide carbonique qui permet au malade de respirer davantage, une injection, l'ésérine qui procure la résolution, quelques gouttes de Schleich, en inhalations, pendant les manœuvres pénilles. La rachi-anesthésie avec la novocaïne ne monte point assez haut; la percaïne est trop shockante, malgré les bons résultats qu'elle donne dans les autres cas de chirurgie.

L'anesthésie locale pure et simple peut suffire en cas de cancer avec ptose. Elle sert d'autant mieux dans ce cas que le sujet porteur d'un cancer est très peu sensible. Avant d'opérer d'urgence une gastrorragie, il faut passer un diagnostic précis. Il est des estomacs qui saignent et qui ont un diagnostic et d'autres qui n'en ont pas.

Quand il s'agit d'un ulcère, d'un cancer, le diagnostic est le plus souvent déjà posé. Ce n'est pas le premier jour que le sujet présente une hémorragie profuse; il a déjà son diagnostic posé soit cliniquement, soit par la radiologie ou par les divers testes portés au point de la lésion : incision médiane. L'opérateur spécialiste voit s'il s'agit d'un ulcère duodénal, ce qui est facile en tirant sur l'estomac vers la gauche, il tient à droite, ou d'un ulcère d'estomac très visible et perceptible immédiatement par le palper au niveau de la petite courbure. Il n'y a pas de perte de temps; c'est ce qu'il faut. *Le diagnostic antérieur est indispensable pratiquement.*

Si l'hémorragie est de cause indirecte (gastrite hémorragique) elle est la conséquence d'hépatite, de splénite, il n'est pas possible de reconnaître la cause du saignement au premier coup d'œil, comme cela serait désirable.

Le diagnostic et l'indication ne sont pas alors faciles à poser comme dans une grossesse tubaire rompue ou une plaie de l'abdomen. Aussi la plupart des opérations faites pour hémostase d'urgence, en cas d'hémorragie profuse, consistent dans la ligature du

vaisseau, faite directement après ouverture du duodénum dans l'ulcère même. Rien n'est plus facile à faire comme opération que cette intervention. L'ulcère est coupé en travers par le bistouri électrique ou les ciseaux. Un coup de tampon fait tomber le caillot qui oblitère le vaisseau et le rend visible. Un point en X ou en U charge à la fois le tissu pancréatique ou péri-pancréatique, pour faire l'hémostase directe et complète. Il n'est pas nécessaire d'enlever la totalité de l'ulcère du côté inférieur, car le fait d'avoir supprimé l'antre duodéno-pylorique, assure la cicatrisation pour toujours.

Cette opération, comme toutes les *opérations indirectes*, comme les gastro-anastomoses, avec ou sans excision de l'estomac, est infiniment moins sûre et beaucoup plus délicate.

Après avoir sectionné l'estomac, entre le pylore et cet organe, il faut toujours faire l'exclusion très haut; il est difficile d'enfouir et d'inverser les parois de l'estomac du côté du pylore, par suite de l'infiltration et d'épaississement inflammatoire, qui se produit même à distance. Tandis qu'en faisant l'exclusion haute de l'estomac, cette exclusion est extrêmement facile. Le Docteur V. Pauchet pratique cette opération chaque fois que l'ulcus calleux du duodénum a pénétré dans la partie du pancréas où la présence du canal pancréatique, principal ou accessoire, peut être comprise dans le processus ulcéreux. Cette section doit être rare, en effet, mais néanmoins quand elle existe, elle doit être désastreuse au point de vue réunion duodénale et la

fistule pancréatique. Dans les cas, par conséquent, où la résection gastro-pylorique est faite en cas d'ulcus calleux du duodénum, c'est simplement par crainte de la lésion pancréatique, que l'opérateur a recours à l'exclusion haute de l'estomac, que cela saigne ou non ; c'est infiniment plus facile. L'hémostase directe comprend la section duodénale, transulcéreuse pour ainsi dire, de la lésion. Aucune réparation sur le duodénum même n'est faite. On répare simplement avec du tissu péri-duodénal œdémateux. Il existe là un œdème providentiel très favorable au chirurgien. Du côté du duodénum, c'est la péri-duodénite très développée et du côté du pancréas, c'est la péri-pancréatite qui est également épaissie, œdémateuse dans les cas semblables, car l'inflammation fait partie du processus.

Le Docteur V. Pauchet, depuis 15 ans, a renoncé à ouvrir le ventre des malades gastrorragiques sans avoir un diagnostic quasi-certain. Il a renoncé également, depuis 15 ans, à faire la ligature péri-duodénale ou péri-gastrite, sous prétexte de pratiquer l'hémostase, en s'adressant à un tronc artériel de l'estomac. L'insuffisance de l'hémostase à distance dans le duodénum ou l'estomac est démontrée par quelques faits de technique chirurgicale évidents.

Il est une opération que tous les chirurgiens connaissent : c'est la pylaroplastie. Elle consiste à inciser la moitié antérieure du pylore, avec une petite partie du duodénum et une partie de l'antrum pylorique ; ceci dans le but de supprimer le spasme pylorique ou d'ex-

ciser un petit ulcus duodénal du bulbe. Dans ce cas, le premier soin du chirurgien doit être de faire l'hémostase à distance, du cône gastro-pyloro-duodénal. L'opérateur, avec des compresses, arrache tous les vaisseaux devant et derrière ce cône, comme au niveau des bords, de façon à obtenir un cône pyloro-duodénal de quelques centimètres, et à le priver de tout apport sanguin. Eh bien, même dans les cas semblables, il semblerait que pas un vaisseau ne doit saigner et pourtant il saigne encore.

La gastro-entérostomie marginale est quelquefois indiquée quand on veut faire une gastrectomie en deux temps, pour ulcère ou cancer. L'opérateur a intérêt, dans ces cas, à la faire le plus haut possible. Dans ce but, il faut faire une gastro-entérostomie *marginale*, pour la reporter le plus possible vers la gauche, avec une anse longue, et y joindre en même temps une jéjuno-jéjunostomie. Eh bien, l'opérateur dépouille la grande courbure de l'estomac sur une longueur de 10 à 12 cm. et l'opération donne encore du sang.

Je répète que, en principe, *les malades que l'on opère pour gastrorragie doivent avoir un diagnostic antérieurement posé*; ce sont des sujets dont l'interrogatoire montre qu'ils sont atteints d'un ulcus gastrique ou duodénal. L'opérateur sait où se trouve l'ulcère duodénal et où se trouve l'ulcère de la petite courbure. Il n'y a jamais un moment de tâtonnement ; il faut qu'il en soit ainsi pour exécuter cette opération.

Facile aussi est le diagnostic de *cancer d'estomac* posé quand on veut intervenir d'urgence. Je répète qu'ici la gastro-entérostomie est toujours contre-indiquée. Si on se rend compte que le malade ne peut supporter que cette intervention, il vaut mieux s'abstenir complètement.

Reste l'éventualité possible d'une sténose par cancer. Alors la gastro-entérostomie marginale permet d'évacuer l'estomac et, si on fait une cœcostomie concomittante, d'évacuer le contenu du côlon. Dès que le sujet sera rétabli (10, 15 jours, 3 semaines plus tard), on pourra secondairement faire une pylorectomie qui sera hémostatique. Si, au moment de faire la gastro-entérostomie, l'opérateur se rend compte que la gastrectomie n'est pas possible, aucune opération n'est faisable : gastro-entérostomie ou jéjunostomie. En tout cas inopérable dans les deux cas. Pour guérir ce malade, il n'y avait qu'à l'opérer plus tôt.

Certains praticiens qui avaient assisté aux opérations réussies ont trouvé que leur heureuse issue était due à l'habileté du chirurgien. De là à conclure que ces interventions étaient interdites au commun des chirurgiens, ce n'était qu'un pas qui fut vite franchi.

Le Docteur Victor Pauchet a protesté avec la plus grande énergie contre cette assertion qui, plus d'une fois, avait été formulée devant lui par ses collègues. Il a soutenu que tout praticien, après nombre d'expériences, était en état de pratiquer ces opérations. Certes, Victor Pauchet est un spécialiste unique du

genre. C'est notre conviction, dût sa modestie en souffrir. Mais il nous semble qu'à force de travail et de prudence, tout chirurgien consciencieux pourrait et devrait aboutir dans les opérations des hémorragies gastro-duodénales.

CONCLUSIONS

I. — L'hémorragie gastrique profuse est souvent due à une lésion organique de l'estomac ou du duodénum : cancer, ulcère gastrique, ulcère duodénal, ulcère peptique jéjunal ; celui-ci secondaire à une gastro-entérostomie faite antérieurement pour ulcère duodénal. L'hémorragie par ulcère est moins fréquente que celle due à des affections *non gastro-duodénales* : maladies hépatiques, spléniques (hépatite, splénite), qui sont elles-mêmes la conséquence d'une infection intestinale ou appendiculaire chronique et ancienne.

II. — Pratiquement, le chirurgien doit envisager surtout l'*hémorragie profuse par ulcus* (perforation d'un vaisseau) ; pour en faire l'hémostase immédiate, le chirurgien spécialisé doit avoir acquis une technique bien réglée et choisir une thérapeutique aussi fréquemment efficace que possible.

En clinique, il faut toujours penser aux cas fréquents : quand la thérapeutique nécessite une tech-

nique opératoire rapide, il faut que celle-ci soit exécutée par un *gastro-chirurgien*, qui agisse sans manœuvres prolongées, sans hésitation, sans tâtonnement. L'opérateur doit connaître l'état anatomopathologique des lésions macroscopiques de façon à pouvoir s'y porter directement et opérer par réflexe sans perdre de temps.

III. — La cause la plus fréquente de l'hémorragie profuse qui menace la vie du sujet est l'*ulcus duodénal*, celui qui occupe la face postérieure du bulbe; son processus pénètre le pancréas et ouvre un de ses vaisseaux (pancréatico-duodénale ou ses branches, au sein du tissu pancréatique ou péri-pancréatique). Moins fréquent est l'*ulcus gastrique calleux*; dans ce cas, l'ulcère occupe la petite courbure, il ouvre l'artère coronaire stomachique ou une de ses branches. C'est généralement un ulcus gastrique peu éloigné du pyllore.

IV. — Le malade peut mourir d'anémie foudroyante (mort dite « subite »); ces cas correspondent souvent à quelques cas non autopsiés, qualifiés par la famille d'angine de poitrine, d'aortite, de syncope par lésion cardiaque, d'hémorragie cérébrale... Ces morts soi-disant subites, avec pâleur subite, foudroyantes, sont souvent dues à une hémorragie gastro-duodénale ignorée.

V. — Le plus souvent, le sujet qui meurt d'une gas-

trorragie grave ne succombe pas d'une façon foudroyante, mais en quelques jours des hémorragies graves et répétées. Il est tué non par anémie aiguë, par shock, mais par intoxication dont le point de départ est *le contenu intestinal sanglant* ; il se empoisonné par les albumines du sang accumulées dans la fin de l'iléon, le cœcum, le côlon ascendant, etc...

VI. — Jadis Mathieu disait (en parlant du mécanisme de la mort de ces malades) cette parole répétée depuis par son élève J.-C. Roux : « *Le sujet est mort d'une indigestion de boudin.* » Il pressentait de cette façon l'utilité pour le chirurgien d'évacuer d'urgence tout le contenu cœco-colique qui devait empoisonner le sujet. Ce sang, qui remplit d'abord le jéjuno-iléon, ne séjourne que dans le cœco-côlon vers lequel il se porte en quelques instants.

VII. — L'opération d'urgence consistera donc :

a) à remplacer le sang de la saignée intestinale par une transfusion ;

b) arrêter la cause de l'hémorragie par une résection directe de la lésion (première portion duodénale, pylore, anstre pylorique et ulcère). Le pylore, l'anstre pylorique et l'ulcus doivent être enlevés au delà de la partie saignante ; il est inutile de faire dans ces cas une résection étendue, ainsi que le comporte l'opération « à froid ». La gastrectomie « à froid » ayant surtout pour but de supprimer une grande partie de la zone sécrétante de l'estomac ; dans la circonstance qui

nous occupe, l'intérêt physiologique passe au second plan; *il faut d'abord sauver le malade*. Si les examens cliniques ultérieurs montrent que la physiologie gastrique n'est pas parfaite, le chirurgien pourra, par une retouche ultérieure, rétablir un tube digestif physiologiquement désirable.

VIII. — L'évacuation aussi rapide que possible du sang contenu dans la fin de l'iléon, le cœcum et le côlon, doit être un but aussi urgent que l'hémostase. L'idéal consisterait à supprimer le côlon avec l'hématome colique, mais c'est un moyen théorique. Il suffit de vider le côlon aussi complètement et rapidement que possible. Pratiquement, l'ouverture du cœcum par la cœcostomie ou l'appendicostomie suffit; cette cœcostomie offre les avantages suivants : elle permet, avant la gastrectomie, de surveiller l'hémorragie renouvelée qui se révèle par un écoulement sanguin *quelques heures seulement* après sa production par l'ulcère saignant. Trois ou cinq heures séparent le transit de l'estomac au cœcum, au lieu de 24 ou 36 heures par une selle mélanique.

IX. — « La chasse colique » après résection. Il faut une chasse rapide d'eau légèrement purgative (sulfate de magnésic 1/1.000). Cette eau sera injectée soit par l'anus normal, soit par l'anus artificiel, soit par les deux côtés ; on y associera, s'il est nécessaire, des injections sous-cutanées péristaltiques (péristaltine, hypophyse, etc.). Ce n'est pas à dire que ceci soit en-

core infaillible, car les ulcéreux gastriques et duodénaux sont d'anciens colitiques, d'insuffisants hépatiques, parfois atteints de dolichocôlon sigmoïde. Ce sont des intestinaux, anciens insuffisants hépatiques, spléniques, rénaux qui, malgré lavements, purgatifs, ont un intestin atone, paresseux; d'autant plus paresseux que la présence du sang intra-colique abondant exagère l'état d'infection et d'atonie du côlon.

X. — *L'ulcère n'est pas la cause la plus fréquente des hémorragies gastriques*; beaucoup plus souvent le point de départ de l'hémorragie gastrique (muqueuse ou sous-muqueuse) est la conséquence d'une lésion du foie (hépatite), de la rate (splénite), une altération du sang secondaire elle-même aux modifications du côlon et de l'appendice chroniquement et anciennement infecté. Ce dernier point ne doit point entrer en considération dans la décision du chirurgien qui doit, avant tout, *sauver le malade par l'hémostase immédiate*. Cette thérapeutique, je le répète, comprend trois temps : résection du segment ulcéré économique, cœcostomie, chasse abondante cœocolique, laxative, rapide, pour l'évacuation totale de l'hématome colique.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Hémorragies gastriques.

- BUTLER D'ORMOND. — Traitement des gastrorragies. (*La Clinique*, n° 111, décembre 1928.)
- PAUCHET et HIRSCBERG. — *L'ulcère gastrique.*
- CHAUVENET et BROUSSET. — Opération d'urgence pour gastrorragie. Ulcère de la petite courbure gastropylorite avec ulcérations de la muqueuse. Gastrectomie. Guérison. (*Soc. de Chirurg. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 17 juillet 1930.)
- FRANÇOIS. — Les hémorragies aiguës de l'estomac et du duodénum : indications opératoires et traitement chirurgical. (*Thèse de Bordeaux*, 1926-27, n° 78.)
- GUTMANN R.-A. — Conduite à tenir pendant et après une grande hémorragie digestive. (*Arch. méd. chir. de province* (Tours), XVI, 1926, pp. 19-22.)
- Eugène KIRALY. — Contribution à l'étude des indications opératoires dans le traitement des hémorragies gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse. (Imprimerie de la Faculté de Médecine, Jouve et C°, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1929.)
- KONIG. — Les bases du traitement chirurgical des ulcères chroniques gastro-duodénaux. (*Deutsche Med. Woch.*, n° 17, 22 avril 1927.)
- MALLET-GUY. — Hémorragies gastro-duodénales d'origine

ulcéreuse traitées par la chirurgie. (*La Presse Médicale*, 1^{er} février 1930.)

PAUCHET Victor. — Les gastrorragies abondantes. Faut-il opérer ou s'abstenir. (*Clinique*, Paris, 22; 369, oct. (A) 1927.)

— Behandlung der gastro-duodenalen Blutungen (Operationafilm). (*Arch. f. Klin. Chir.*, 167-438-439, 1931.)

POTOTSCHNIG G. — Surgical treatment of stomach hemorrhage. (*Arch. Intl. di Chirurg.* 1927, p. 188.)

VIANNEY. — Un cas de gastrorragie grave par ulcère pyloro-duodénal. Gastro-entérostomie. Guérison. (*Loire Médicale*, t. 39, n° 8, 1925.)

Traitement des hémorragies intestinales et gastriques.

ANDRESEN. — The treatment of gastric hemorrhage. (*Long Island Med. Journ.* June 1928, p. 333.)

BALFOUR. — Manière de se comporter dans les lésions gastriques ou duodénales compliquées d'hémorragies. (*The J. of the Amer. Med. Assoc.*, p. 20, 12 novembre 1927.)

Jean BEVALOT. — La transfusion sanguine dans les hémorragies du tube digestif. (*Thèse de Paris*, 1931. Les Presses Modernes, édit.)

BOYÉ. — Le traitement des hémorragies viscérales. (*Le Bulletin Médical*, 25-28 octobre 1922.)

P. CHÉNÉ et J. DELARU. — Traitement des hémorragies gastriques. (*Gaz. Méd. de France*, 15 janvier 1930, pp. 55-56.)

Bernard CUNÉO. — Discussion sur le traitement des hémorragies gastro-duodénales massives. (*Soc. nation. de Chir.*, séance du 25 mai 1932.)

René DAMADE. — Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, séance du 23 janvier 1930.)

- Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. (*Bordeaux Chirurgical*, juillet 1930, p. 173.)
- M. René DAMADE (de Bordeaux). — Pratique chirurgicale. Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. (*Le Courrier Médical*, 21 sept. 1930, n° 38, 80^e année, p. 533.)
- JOSUÉ et BELLOIR. — Traitement des hémorragies intestinales par le chlorhydrate d'émétine. (*Bull. et Mém. Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, 1914, p. 152.)
- KNAUS. — Technique de l'auto-infusion du sang dans les hémorragies massives abdominales. (*Münch Medizinische Wochenschrift*, Munich, LXXIII, p. 94, n° 3, 15 janvier 1951.)
- LEFÈVRE. — Conduite à tenir dans les hémorragies gastro-duodénales. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 13, 10 mai 1930.)
- LEFÈVRE et JONCHÈRE. — Ulcères hémorragiques. Considérations thérapeutiques. (*Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, janvier 1926.)
- LE NOIR et LIÈGE. — Le traitement des gastrorragies d'origine ulcéreuse. (*Concours Médical*, avrie 1928, p. 985.)
- MAMBOURG. — Sur le traitement de l'ulcère gastrique et de ses complications. (*Deutsche Med. Woch.*, n° 38, 17 septembre 1926.)
- PAUCHET Victor. — Les gastrorragies abondantes. Faut-il opérer ou s'abstenir. (*La Clinique*, n° 91, oct. 1927.)
— Traitement des gastrorragies profuses. (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, tome XIX, n° 16, p. 771, 2 déc. 1927.)
- STRAUCH F. W. — Behandlung der Magenblutung. (*Deutsch. Med. Wochenschr.* LIII, 1927, 21 janv., pp. 153-155.)
- ARNAULT TZANCK. — Hémorragies gastro-duodénales et

transfusion sanguine. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 3 juin 1932.)

Hémorragies digestives.

AMY et CHIRAY. — Hémorragies gastro-duodénales dans les périviscérités et les troubles du transit colique. (*Soc. Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, séance du 12 avril 1930.)

CADÉ. — Hémorragies occultes du tube digestif et réaction de Weber. (*IX^e Cong. franç. de Méd. internat.* Paris, 1907.)

CHIRAY et AMY. — De quelques hémorragies gastro-duodénales mal connues. (*Presse Médicale*, 9 juillet 1930.)

R. DAMADE. — Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 23 janvier 1930.)

— Pratique chirurgicale. Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. (*Courrier Méd.*, 21 septembre 1930.)

DELORT et LUQUET. — Hémorragies digestives à répétition chez un malade ne présentant pas de lésions macroscopiques extérieures de l'estomac, mais des altérations caractéristiques de la muqueuse. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, janvier 1925.)

DUBOS. — Les hémorragies gastro-duodénales sans ulcérations. (*Thèse de Paris*, 1928, n^o 64.)

GIRAULT. — *Les hémorragies.*

GUTMANN. — Conduite à tenir avant et après une grande hémorragie digestive. (*Arch. des Mal. chir. de province*, 1926, XVI, p. 19.)

JONCHÈRES. — Les hémorragies aiguës de l'estomac et du duodénum. (*Thèse de Bordeaux*, 1925-26.)

LEFÈVRE. — Conduite à tenir dans les hémorragies gastro-duodénales. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mai 1930.)

- PASMAN. — La conducta frente a las hemorragias graves del estomago y del duodeno. (*Arch. argentinos del Aparato digestivo y de Nutricion* (1927).
- P. NÉIS. — La recherche des hémorragies gastro-duodénales latentes par le tube d'Einhorn. (*La Clinique*, janvier 1930, p. 13.)
- G. RÉGIS. — Amaurose bilatérale et troubles psychiques consécutifs à une hémorragie digestive. (*Thèse* 1929, Jouve et C^{ie}, édit., 15, rue Racine, Paris.)

Hémorragies gastro-intestinales au cours des maladies du sang.

- DUBOR E. — Les hémorragies gastro-duodénales sans ulcération. (*Thèse de Paris*, 1928.)
- FAROY et P. DUVAL. — Suite de la discussion sur les hémorragies du tube digestif sans lésion ulcéreuse. (*Arch. des Maladies de l'Appareil digestif*, Paris, 1924, XIV, p. 257.)
- BLOCK et GOLDBERG. — Mesenteric embolism in a haemophiliac. (*Ann. Surg. Philadelphie*, 1921, p. 229, LXXIII.)
- KUMMER. — Gastrorragies et entérorragies cryptogènes. (*Arch. des Mal. de l'Appareil digestif*, Paris, 1924, XIV, p. 742.)
- MACYENZIE L. B. — Obscure gastro-intestinal hemorrhage with report of a case. (*Med. Rec. New-York*, 1918, XCIII, p. 789.)
- TZANCK A. — Les intolérances gastriques à forme hémorragique. Le problème des hémorragies dites essentielles. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, LVI, p. 585, 29 avril 1932.)
-

